別　紙

令和７年度　親育ち支援地域別交流会〈中部地区３グループ〉参加申込書

園・所名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 職　名  （保育士・教員・行政職名） | 氏　　名 | 担当等 | 保育士  経験年数 | 親育ち支援担当者は  〇を入れてください |
| １ |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |

* お手数をおかけしますが、郵送またはFAXで６月４日（水）までにお知らせください。
* 駐車場の台数が限られていますので、できるだけ乗り合わせでお越しください。

　総合文化センター付近の駐車場がいっぱいの場合は、佐川地質館の向かいの広場に駐車をお願いします。（別紙地図参照）

佐川町健康福祉課　子育て支援係（担当：尾碕）

　　　　　　　　　〒789-1202　高知県高岡郡佐川町乙2310番地

　　　　　　　 　TEL:0889-22-7705　　FAX：0889-22-7721